ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้ความสามารถตนเองและพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

Effects of an Empowerment Program on Perceived Self-Efficacy and Stroke Preventive Behaviors Among Hypertensive Patients in Ubon Ratchathani Municipality, Ubon Ratchathani Province.

(Received: June 5,2026 ; Revised: June 10,2026 ; Accepted: June 14,2026)

เรืองศิริ เจริญพงษ์[1] วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล[2] ชื่นจิตร โพธิศัพท์สุข[2]
Ruangsiri Jaroenpong[1] Warinee Iemsawasdikul[2] Chuenjit Potisupsuk[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และภาวะสุขภาพของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อายุ 35-59 ปี ที่มารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกหมอครอบครัวท่าวังหินและคลินิกหมอครอบครัววัดใต้ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และมีความดันโลหิต ≥ 140/90 มม.ปรอท คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าเป็นกลุ่มทดลอง แล้วเลือกกลุ่มเปรียบเทียบให้มีอายุและดัชนีมวลกายใกล้เคียงกัน กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือเก็บข้อมูล ได้แก่ 1) เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดดิจิทัล 2) สายวัด 3) แบบสอบถามผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ 4)แบบบันทึกพฤติกรรมรับประทานอาหารและยา 5)แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน และ6) แบบบันทึกการเยี่ยมทางโทรศัพท์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติทดสอบที สถิติทดสอบวิลคอกสันซายน์แรงค์ส สถิติทดสอบแมนวิทนีย์ยู และสถิติทดสอบแอนโควา

ผลการวิจัย พบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมรับประทานอาหารและรับประทานยา สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ มีความดันโลหิตซิสโตลิกต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ โปรแกรม การเสริมสร้างพลังอำนาจ การรับรู้ความสามารถตนเอง พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง ภาวะสุขภาพ

Abstract

This quasi-experimental research aimed to compare perceived self-efficacy in performing stroke preventive behaviors, stroke preventive behaviors, and health status of the experimental group before and after the experiment, as well as between the experimental and comparison groups after the experiment. The sample consisted of patients with hypertension aged 35–59 years, who had blood pressure ≥ 140/90 mmHg. The patients who met the inclusion criteria were selected to be an experimental group, while patients with similar age and body mass index (BMI) were selected to be a comparison group, with 30 persons in each group. The data collection tools were 1) digital sphygmomanometer, 2) measuring tape, and 3) a questionnaire 4) behavior record form 5) a home visit record form and 6) a telephone visit record form. The data were analyzed by descriptive statistics, t-test, Wilcoxson signed ranks test, Mann-Whitney U test and ANCOVA test.

The results revealed that: after the experiment, the perceived self-efficacy in performing stroke preventive behaviors, stroke preventive behaviors, eating and medication taking behaviors of the experimental group were

[1] นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
[2] สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช Corresponding Author: warineei@yahoo.com

significantly higher than before the experiment and the comparison group, and average systolic blood pressure of the experimental group was significantly lower than before the experiment and the comparison group ($p < .05$).
Keywords: Empowerment, Perceived self-efficacy, Stroke preventive behaviors, Hypertension, Health status

บทนำ

สถานการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต ทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 101 ล้านคน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 12 ล้านคน ทุก ๆ 3 วินาที พบผู้ป่วยรายใหม่ 1 คน และเสียชีวิตมากถึง 6.5 ล้านคน (World Stroke Organization: WSO, 2019) พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากถึง 349,126 คน เสียชีวิต 36,214 คน เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 70 ปี (กรมควบคุมโรค, 2567) ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่สำคัญที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง (ไพรินทร์ พัสดุ และดารุณี จงอุดมการณ์, 2563) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มักจะไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ จึงถูกถือว่าเป็น “ฆาตกรเงียบ” แต่การทำลายอวัยวะสำคัญ เช่น หัวใจและหลอดเลือด จะมากขึ้นอย่างช้า ๆ จนเป็นมากแล้วจึงมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น เช่น ภาวะหลอดเลือดแดงแตกในสมอง เลือดที่ออกจะเบียดเนื้อสมองที่อยู่ในกะโหลกศีรษะซึ่งมีเนื้อที่จำกัด ส่วนภาวะหลอดเลือดในสมองอุดตันจะทำให้เนื้อสมองขาดเลือดจนถึงขั้นเนื้อสมองตาย ส่งผลให้เนื้อสมองบวม แรงดันในกะโหลกศีรษะสูง ปวดศีรษะมาก มีอาการอัมพาต อัมพฤกษ์ อาจมากจนถึงแก่ชีวิตได้ หากก้อนเลือดนั้นมีขนาดใหญ่หรือสมองบวมมาก (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

สถิติทั่วโลกพบประชากรวัยผู้ใหญ่ อายุระหว่าง 30-79 ปี ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 1.28 พันล้านคน สองในสามของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ประมาณร้อยละ 46 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ทราบว่าตนเองป่วย ร้อยละ 42 เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการวินิจฉัยและรักษา มีประมาณหนึ่งในห้า (ร้อยละ 21) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ (World Health Organization: WHO, 2023) ผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 พบความชุกโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 25.40 สูงกว่าการสำรวจครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 ซึ่งพบความชุก ร้อยละ 24.70 กลุ่มที่ได้รับการรักษาและควบคุมความดันโลหิตได้ลดลงจากร้อยละ 29.70 เป็นร้อยละ 22.60 (วิชัย เอกพลากร, บ.ก., 2564) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้จะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน จึงควรควบคุมความดันโลหิตให้เหลือน้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ส่วนผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานหรือโรคไตวายเรื้อรังร่วมด้วย ควรควบคุมความดันโลหิตให้เหลือน้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) คลินิกหมอครอบครัวท่าวังหิน มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในเดือนพฤศจิกายน 2566-มกราคม 2567 จำนวน 377 คน จากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด 892 คน คิดเป็นร้อยละ 42.26 (งานเวชระเบียน คลินิกหมอครอบครัวท่าวังหิน, 2566) สูงกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40) (กรมควบคุมโรค, 2567)

การควบคุมความดันโลหิตไม่ได้เพิ่มความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากความดันโลหิตสูงเร่งให้ผนังของหลอดเลือดสมองหนาตัวขึ้น รูของหลอดเลือดแดงตีบแคบลงจนอุดตันทำให้สมองได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ เกิดภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว เซลล์สมองตาย (มุกดา ตันชัย, 2560) ทั้งยังทำให้ผนังหลอดเลือดโป่งพองเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตก (พรรณวลัย ผดุงวณิชย์กุล, 2567) โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุให้เกิดความพิการ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง

ได้ ต้องพึ่งพิงผู้อื่น ส่งผลกระทบให้สูญเสียค่าใช้จ่ายและเพิ่มภาระการดูแลของครอบครัว (ณฐกร นิลเนตร, 2562) การควบคุมความดันโลหิตทำได้ด้วยการรับประทานอาหารแดช (dietary approaches to stop hypertension: DASH) โดยลดอาหาร 2 กลุ่ม ได้แก่ โซเดียม ไขมันอิ่มตัวและคอเลสเตอรอล เพิ่มอาหารที่มีแร่ธาตุแคลเซียม โพแทสเซียมและแมกนีเซียม เพิ่มอาหารโปรตีนที่ดีต่อสุขภาพ เพิ่มกากใยอาหารจากธัญพืชไม่ขัดสี ผักและผลไม้ (กองการแพทย์ทางเลือก กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข, 2563) โดยที่อาหารแดชลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้ 8-14 มิลลิเมตรปรอท อาหารจำกัดเกลือโซเดียม น้อยกว่า 2.4 กรัม หรือโซเดียมคลอไรด์น้อยกว่า 6 กรัม ลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้ 2-8 มิลลิเมตรปรอท (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554) การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ มีปริมาณอาหารที่เหมาะสมช่วยควบคุมน้ำหนักให้เหมะสม น้ำหนักที่ลดลงทุก ๆ 1 กิโลกรัม สามารถลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้เฉลี่ย 1 มิลลิเมตรปรอท การลดน้ำหนัก 10 กิโลกรัม สามารถลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้เฉลี่ย 5-20 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) การจำกัดหรืองดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้ 2-4 มิลลิเมตรปรอท (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554) การรับประทานยาอย่างถูกต้องต่อเนื่องจะช่วยลดความดันโลหิตลงเหลือไม่เกิน 135/85 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) การวิจัยครั้งนี้จะเน้นการพัฒนาพฤติกรรมรับประทานอาหารและยา เนื่องจากการสำรวจพฤติกรรมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยผู้วิจัย พบว่า มีพฤติกรรมรับประทานอาหารไม่ถูกต้อง ร้อยละ 60 พฤติกรรมออกกำลังกายไม่ถูกต้อง ร้อยละ 30 และพฤติกรรมรับประทานยาไม่ถูกต้อง ร้อยละ 60 (งานเวชระเบียน คลินิกหมอครอบครัวท่าวังหิน, 2566) นอกจากนั้นวัฒนธรรมการบริโภคอาหารของชาวอีสานยังเน้นอาหารเค็ม (สัมฤทธิ์ สุภามา และสมโชค คุณสนอง, 2556)

การพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองครั้งนี้จะใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน เนื่องจากการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการทางสังคมในการแสดงการยอมรับ ชื่นชม การส่งเสริม การพัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของบุคคลในการตอบสนองความต้องการของตนเอง เน้นการแก้ปัญหาด้วยตนเอง และความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการดำรงชีวิต เพื่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าตนมีอำนาจและควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตนเองได้ ส่งผลให้รับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรม (Gibson, 1995) พยาบาลควรเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ป่วย โดยแสดงการยอมรับ ชื่นชม ส่งเสริม พัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของผู้ป่วยในการตอบสนองความต้องการของตนเอง เน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม แลกเปลี่ยนความรู้ ค้นหาและระบุปัญหาของตนเอง วิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาอย่างมีวิจารณญาณ หากลวิธีในการแก้ไขปัญหาเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย เกิดความเชื่อมั่นในตนเองที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรม ส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน ประกอบกับการศึกษาของวรดา ทองสุก, วรวรรณ์ ทิพย์วารีรมย์ และปิ่นหทัย สุภเมธาพร (2562) พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุม มีค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การเสริมสร้างพลังอำนาจมี 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง (discovering reality) เป็นการรับรู้และทำความเข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนตามสภาพที่เป็นจริง เมื่อบุคคลมีความเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องจะมีการตอบสนองด้าน

อารมณ์ (emotional responses) ด้านการรู้คิด (cognitive response) และด้านพฤติกรรม (behavioral response) ตระหนักถึงสภาพปัญหาพฤติกรรมที่เกิดขึ้น และเปลี่ยนความคิดเป็นเชิงบวกว่า ปัญหาทุกปัญหาสามารถแก้ไขได้ 2) การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection) เป็นการทบทวนปัญหาอย่างรอบคอบ โดยประเมินและคิดวิเคราะห์ถึงปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างมีวิจารณญาณ นำไปสู่การแก้ปัญหาและการเปลี่ยนแปลงที่ดี ซึ่งเป็นการพัฒนาศักยภาพและความสามารถในการควบคุมตนเอง ทำให้บุคคลรู้สึกเข้มแข็ง มีความสามารถและมีพลังเพิ่มขึ้นในการเผชิญกับปัญหา 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (taking charge) โดยการตัดสินใจอย่างมีเหตุผล เลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและดีที่สุด สามารถแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการของตนเอง เป็นที่ยอมรับและบุคคลอื่นสามารถนำไปใช้เพื่อบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพหรือประสบความสำเร็จ (holding on) ช่วยให้รู้สึกมั่นใจ รู้ถึงศักยภาพ และความสามารถในการควบคุมตนเอง ไม่ให้เกิดอันตรายทั้งต่อสุขภาพร่างกายของตนเองและต่อสังคม (harm reduction) มีการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกิดผลดีกับสุขภาพของตนเอง (Gibson, 1995)

โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง โดยให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ความดันโลหิต ปัญหาและพฤติกรรมที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ และผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยให้ผู้ป่วยทบทวนปัญหาที่ทำให้ปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหารและยาไม่ถูกต้องและแนวทางการแก้ปัญหา ให้ตัวแบบด้านบวกมาบอกเล่าความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหารและยาที่ถูกต้อง ผู้วิจัยสาธิตและผู้ป่วยฝึกปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหารและยาที่ถูกต้อง และให้ผู้ป่วยสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณถึงพฤติกรรมที่ควรปฏิบัติในการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ โดยให้ผู้ป่วยกำหนดพฤติกรรมรับประทานอาหารและยาที่เหมาะสม ทำข้อตกลงและพันธะสัญญาในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง และนำพฤติกรรมไปปฏิบัติ และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านติดตามเยี่ยมบ้าน และผู้วิจัยติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เพื่อให้กำลังใจและเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรม และปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหารและยาตามพันธะสัญญาที่กำหนดไว้อย่างต่อเนื่อง โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จะส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหารและยา เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้มีพฤติกรรมรับประทานอาหารและยาที่ถูกต้องต่อเนื่อง ทำให้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น ความดันโลหิต น้ำหนัก และรอบเอวลดลง ไม่เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังได้รับโปรแกรม

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ พฤติกรรมรับประทานอาหารและยาของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังได้รับโปรแกรม

3. เพื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพ ได้แก่ ความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ของกลุ่มทดลอง

ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังได้รับโปรแกรม

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ

2. หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ พฤติกรรมรับประทานอาหารและยา สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ

3. หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีภาวะสุขภาพ ได้แก่ ความดันโลหิต น้ำหนัก เส้นรอบเอว ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อายุ 35-59 ปี ที่มารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกหมอครอบครัวท่าวังหิน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ ที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีความดันโลหิต ≥ 140/90 มม.ปรอท ติดต่อกันมากกว่าสองครั้งของการมาตรวจตามนัด จำนวน 377 คน (งานเวชระเบียน คลินิกหมอครอบครัวท่าวังหิน, 2566)

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อายุ 35-59 ปี ที่มารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกหมอครอบครัวท่าวังหินและคลินิกหมอครอบครัววัดใต้ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ ที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีความดันโลหิต ≥ 140/90 มม.ปรอท ติดต่อกันมากกว่าสองครั้งของการมาตรวจตามนัด จำนวน 60 คน ที่ได้จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ กำหนดค่าอำนาจทดสอบที่ระดับ .90 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 และใช้ขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยของวิยะการ แสงหัวช้าง วิไลวรรณ แสงธรรม และวิไลวรรณ วงศ์เจริญ (2560) ขนาดใหญ่ = .80 และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากชุมชนเบ็ญจะมะ 3 และเบ็ญจะมะ 4 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าศึกษา ชุมชนละ15 คน เป็นกลุ่มทดลอง และเลือกกลุ่มตัวอย่างจากชุมชนวัดเลียบ 1 และชุมชนวัดเลียบ 3 ชุมชนละ 15 คน ให้มีอายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี และดัชนีมวลกายไม่เกิน1.5 กิโลกรัม/ตารางเมตร เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) โดยดำเนินการตามกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 ขั้นตอน ใช้เวลา 8 สัปดาห์ ตามกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน 4 ขั้นตอน ดังนี้

1.1.1 การค้นพบสภาพการณ์จริง โดยให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ความดันโลหิต ปัญหาและพฤติกรรมที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ และผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนและพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

1.1.2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยให้ผู้ป่วยทบทวนปัญหาที่ทำให้ปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหารและยาไม่ถูกต้องและแนวทางการแก้ปัญหา ให้ตัวแบบด้านบวกบอกเล่าความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหารและยาที่ถูกต้อง ผู้วิจัยสาธิตและผู้ป่วยฝึกปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหารและยาที่ถูกต้องและกระตุ้นให้ผู้ป่วยสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณถึงพฤติกรรมที่ควรปฏิบัติในการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

1.1.3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ โดยให้ผู้ป่วยกำหนดพฤติกรรมรับประทานอาหารและยาที่เหมาะสม ทำข้อตกลงและพันธะสัญญาในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง และนำพฤติกรรมไปปฏิบัติ

1.1.4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านติดตามเยี่ยมบ้าน และผู้วิจัยติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เพื่อให้กำลังใจและเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรม และปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหารและยาตามพันธะสัญญาที่กำหนดไว้อย่างต่อเนื่อง

1.2 แบบบันทึก 3 ฉบับ ได้แก่ แบบบันทึกพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้านการรับประทานอาหารและยา แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน (สำหรับ อสม.) แบบบันทึกการเยี่ยมทางโทรศัพท์ (สำหรับผู้วิจัย)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

2.1 แบบสอบถามผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ ข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 14 ข้อ ส่วนที่ 2 การรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เป็นข้อคำถามแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ มากที่สุดถึงน้อยที่สุด จำนวน 18 ข้อ ให้คะแนน 5-1 คะแนน ส่วนที่ 3 พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มี 2 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมรับประทานอาหาร 17 ข้อ และพฤติกรรมรับประทานยา 12 ข้อ เป็นพฤติกรรมด้านบวกทุกข้อ ทั้งหมด จำนวน 29 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ **ปฏิบัติ** 7 วันต่อสัปดาห์ ถึงไม่ปฏิบัติ ให้คำแนน 5-1 คะแนน แปลผลคะแนนการับรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคลหอดเลือดสมอง จากคะแนนเฉลี่ย 5 ระดับ (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2553) ดังนี้ คะแนน 4.50-5.00 สูงมาก คะแนน 3.50-4.49 สูง คะแนน 2.50-3.49 ปานกลาง คะแนน 1.50-2.49 ต่ำ คะแนน 1.00-1.49 ต่ำมากแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 การรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ .83 ส่วนที่ 3 พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้านรับประทานอาหาร เท่ากับ .94 และรับประทานยา เท่ากับ .83

2.2 เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดดิจิทัล เครื่องชั่งน้ำหนักดิจิทัล และสายวัด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน

การดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยมี 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนทดลอง ระยะทดลอง และระยะหลังทดลอง ดังนี้

1. ระยะก่อนทดลอง

1) ระยะก่อนทดลอง สร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ขอเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ได้เอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB 2568 - 07.017 ลงวันที่ 31 กรกฎาคม 2568 ขออนุญาตและได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เตรียมผู้เกี่ยวข้องกับการวิจัย ได้แก่ ผู้ช่วยวิจัย และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่คลินิกหมอครอบครัวท่าวังหินและคลินิกหมอครอบครัววัดใต้ ให้เชิญชวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าศึกษาเข้าร่วมการวิจัย และผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในชุมชนเบ็ญจะมะ 3 และชุมชนเบ็ญจะมะ 4 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าศึกษาเป็นกลุ่มทดลอง และเลือกผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในชุมชนวัดเลียบ 1 และวัดเลียบ 3 เป็นกลุ่มเปรียบเทียบให้กลุ่มมีอายุต่างกัน

ไม่เกิน 5 ปี ดัชนีมวลกายต่างกันไม่เกิน 1.5 กิโลกรัม/ตารางเมตร และเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนทดลองจากกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด

2) ระยะทดลอง กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้าง พลังอำนาจผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี เป็นระยะเวลา 7 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกหมอครอบครัววัดใต้ และนัดหมายกลุ่มทดลองให้มาที่คลินิกหมอครอบครัวท่าวังหิน และกลุ่มเปรียบเทียบมาที่คลินิกหมอครอบครัววัดใต้ ในสัปดาห์ที่ 8 เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลหลังทดลอง

3) ระยะหลังทดลอง กลุ่มทดลอง เก็บข้อมูลหลังทดลองที่ห้องประชุมคลินิกหมอครอบครัวท่าวังหิน อภิปรายและซักถามปัญหาพฤติกรรมรับประทานอาหารและยา สรุปผลการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และกล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย ใช้เวลา 30 นาที กลุ่มเปรียบเทียบเก็บข้อมูลหลังทดลองที่ห้องประชุมคลินิกหมอครอบครัววัดใต้ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ภาวะแทรกซ้อน และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพัฒนาทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหารและยา อภิปรายและซักถามปัญหาการปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหารและยา และกล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย ใช้เวลา 3 ชั่วโมง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ .05 ดังนี้

วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ การรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะสุขภาพ ได้แก่ ความดันโลหิต น้ำหนัก และเส้นรอบเอว โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4.2 เปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และภาวะสุขภาพ ได้แก่ ความดันโลหิต น้ำหนัก และเส้นรอบเอว ของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติทีไม่อิสระ (paired t-test) สำหรับข้อมูลที่มีการแจกแจงแบบปกติ ใช้สถิติทดสอบวิลคอกสันซายน์แรงค์ สำหรับข้อมูลที่มีการแจกแจงแบบไม่ปกติ

4.3 เปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และภาวะสุขภาพ ได้แก่ ความดันโลหิต น้ำหนัก และเส้นรอบเอว ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติทีอิสระจากกัน (independent t-test) สำหรับข้อมูลที่มีการแจกแจงแบบปกติ ใช้สถิติทดสอบแมนวิทนีย์ยูสำหรับข้อมูลที่มีการแจกแจงแบบไม่ปกติ และใช้สถิติทดสอบแอนโควา สำหรับตัวแปรที่มีความแตกต่างก่อนได้รับโปรแกรม

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ

กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีคุณลักษณะส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง พี่น้องสายตรงร่วมบิดา/มารดาป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ประวัติการดื่มสุรา ประวัติการสูบบุหรี่ ระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีลักษณะส่วนบุคคลที่คล้ายกัน ยกเว้น อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน พี่น้องสายตรงร่วมบิดา/ มารดาป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และประวัติการสูบบุหรี่แตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มี อาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 33.33 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท และ 20,001-25,000 บาท เท่ากัน ร้อยละ 23.33 ไม่มีพี่น้องสายตรงร่วมบิดา/ มารดาป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60.00 และไม่มีประวัติการสูบบุหรี่ ร้อยละ 83.33 กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขาย ร้อยละ 46.67 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 46.67 ไม่มีพี่น้องสายตรงร่วมบิดา/มารดาป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 96.67 ไม่มีประวัติการสูบบุหรี่ ร้อยละ 100 กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีลักษณะส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพดังนี้

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.33 มีอายุ 50-54 ปี ร้อยละ 30.00 อายุเฉลี่ย 49.10 ปี (S.D. = 6.68) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 66.67 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50.00 ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 1-5 ปี ร้อยละ 40.00 มีระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตเฉลี่ย 9.03 ปี (S.D. = 6.87) ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 86.67 ระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ร้อยละ 53.33

กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.00 มีอายุ 55-59 ปี ร้อยละ 36.67 อายุเฉลี่ย 51.70 ปี (S.D. = 6.36) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 83.30 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60.00 ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 6-10 ปี และ 11-15 ปี เท่ากัน ร้อยละ 43.33 มีระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 9.03 ปี (S.D. = 2.91) ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 100.00 ระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ร้อยละ 43.33

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

2.1 ความแตกต่างของการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ดังแสดงตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n = 30)

ตัวแปร	ก่อนได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม			ผลการทดสอบ	
	M	S.D.	ระดับ	M	S.D.	ระดับ	t	*p-value*
การรับรู้	3.92	0.40	สูง	4.58	0.24	สูงมาก	11.19	<.001

2.2 ความแตกต่างของการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรม

หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรม

ตัวแปร	**กลุ่มทดลอง** (n = 30)			**กลุ่มเปรียบเทียบ** (n = 30)			**ผลการทดสอบ**	
	M	**S.D.**	**ระดับ**	**M**	**S.D.**	**ระดับ**	**F**	***p-value***
การรับรู้	4.58	0.24	สูงมาก	3.62	0.62	สูง	52.82	< .001

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

3.1 ความแตกต่างของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมรับประทานอาหาร และพฤติกรรมรับประทานยา สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

3.2 ความแตกต่างของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรม

หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมรับประทานอาหารและพฤติกรรมรับประทานยา แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ

ส่วนที่ 4 ภาวะสุขภาพ

4.1 ความแตกต่างของภาวะสุขภาพของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลอง มีความดันโลหิตซิสโตลิก ความดันโลหิตไดแอสโตลิก ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว แตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรม

4.2 ความแตกต่างของภาวะสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรม

หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีความดันโลหิตซิสโตลิก ความดันโลหิตไดแอส โตลิก ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังได้รับโปรแกรม

ภาวะสุขภาพ	**กลุ่มทดลอง** (n = 30)			**กลุ่มเปรียบเทียบ** (n = 30)			**ผลการทดสอบ**	
	M	S.D.	ระดับ	M	S.D.	ระดับ	**t**	***p-value***
ความดันโลหิตซิสโตลิก	126.20	9.12	ปกติ	139.30	17.36	สูงระดับ 1	-3.659	<.001
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก	78.47	7.08	ปกติ	76.93	15.40	ปกติ	.495	.622
ดัชนีมวลกาย	26.14	4.78	อ้วนระดับ 1	27.88	4.32	อ้วนระดับ 1	-1.478	.145
เส้นรอบเอว	86.67	10.42	อ้วนลงพุง	83.52	7.06	อ้วนลงพุง	1.371	.176

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้ความสามารถและพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี จะอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัยดังนี้

2.1 การรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรม

ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลอง มีการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูงมาก (M = 4.58, S.D. = 0.24) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมซึ่งอยู่ในระดับสูง (M = 3.92, S.D. = 0.40) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบซึ่งอยู่ในระดับสูง (M = 3.62, S.D. = 0.62) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐาน เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตามแนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) เป็นเวลา 8 สัปดาห์

2.2 พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรม

ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมป้องกันโรค หลอดเลือดสมองด้านรับประทานอาหารอยู่ในระดับมาก (M = 4.28, S.D. = 0.46) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.12, S.D. = 0.35) มีพฤติกรรมรับประทานอาหารอยู่ในระดับสูง (M = 4.28, S.D. = 0.46) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.12, S.D. = 0.35) และมีพฤติกรรมรับประทานยาอยู่ในระดับสูงมาก (M = 4.91, S.D. = 0.27) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมซึ่งอยู่ในระดับสูง (M = 4.40, S.D. = 0.34) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐาน เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ทำให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูงมาก สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบซึ่งอยู่ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 บุคคลที่รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถจะแสดงออกถึงความสามารถนั้นออกมา มีแรงจูงใจและความมุ่งมั่นปฏิบัติพฤติกรรมอย่างไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค และจะประสบความสำเร็จในที่สุด หากบุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมมาก บุคคลนั้นจะริเริ่มปฏิบัติพฤติกรรมและทำอย่างต่อเนื่อง (Bandura, 1997) ทั้งยังมีโอกาสตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ

ข้อแสนอแนะ

1. ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้านรับประทานอาหารและด้านรับประทานยา สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ มีความดันโลหิตซิสโตลิกต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงให้ข้อเสนอแนะดังนี้

2. ควรนำโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ไปใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อเพิ่มการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และลดความดันโลหิตซิสโตลิก ซึ่งจะช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยได้ โดยควรศึกษารายละเอียดของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้เข้าใจก่อนนำไปใช้

เอกสารอ้างอิง